

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ODONTOLOGÍA**



**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL DE PADRES
Y/O CUIDADORES DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD DE UNA
CLÍNICA DE LAMBAYEQUE, 2014**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE CIRUJANO DENTISTA

**HOLGUIN CHUMACERO, LESLYE ESTEFANY
OYOLA BURGOS, MARIAJOSE STEPHANIE**

Chiclayo, Perú

2016

**NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL DE PADRES
Y/O CUIDADORES DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD DE UNA
CLINICA DE LAMBAYEQUE, 2014**

POR:

Holguin Chumacero, Leslye Estefany.

Oyola Burgos, Mariajose Stephanie.

Tesis presentada a la Escuela de Odontología de la Facultad de Medicina
de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, para optar el
Título de **CIRUJANO DENTISTA**

APROBADO POR:

Mgtr. Esp. CD. Miriam Arellanos Tafur

Presidenta de Jurado

Mgtr.CD. Denisse Arones Mazzeto

Secretaria de Jurado

Mgtr. Esp. CD. Elizabeth Cruz Flores

Vocal/Asesor de Jurado

CHICLAYO, 2016

DEDICATORIA

*A nuestros padres por su apoyo
incondicional, sacrificio, comprensión y
sobre todo su amor por nosotras.*

AGRADECIMIENTO

A Dios quién supo guiarnos por el buen camino, por la fuerza que nos dio para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban.

A nuestros padres y hermanos por darnos la seguridad y confianza para poder cumplir nuestras metas.

A nuestros maestros que nos guiaron y nos dieron los conocimientos para la realización de nuestro trabajo de investigación.

A nuestra asesora Dra. Elizabet Elizabeth Cruz Flores por su tiempo, apoyo y dedicación constante, por sus sugerencias y sus conocimientos compartidos durante esta etapa de nuestra vida universitaria.

INDICE

DEDICATORIA	iii
AGRADECIMIENTO	iv
RESUMEN	vi
ABSTRACT	viii
INTRODUCCIÓN	ix
CAPITULO I: MARCO TEORICO CONCEPTUAL	12
1.1. Antecedentes del problema	
1.2. Bases teórico – científicas	
CAPITULO II: MATERIALES Y MÉTODOS	29
2.1. Operacionalización de variables	
2.2. Diseño de investigación	
2.3. Población	
2.4. Métodos, Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos	
2.5. Aspectos éticos de la investigación	
2.6. Plan de procesamiento para análisis de datos	
CAPITULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN	36
3.1. Resultados	
3.2. Discusión	
CONCLUSIONES	45
RECOMENDACIONES	48
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	49
ANEXOS	51

INDICE DE TABLAS

	Pág
TABLA N° 1: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL DE PADRES DE FAMILIA Y CUIDADORES DE UNA CLÍNICA DE LAMBAYEQUE.	36
TABLA N°2: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL DE PADRES DE FAMILIA Y CUIDADORES DE ACUERDO A LA EDAD DE UNA CLÍNICA DE LAMBAYEQUE.	37
TABLA N° 3: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL DE PADRES DE FAMILIA Y CUIDADORES DE ACUERDO AL SEXO DE UNA CLÍNICA DE LAMBAYEQUE.	37
TABLA N° 4: NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL DE PADRES DE FAMILIA Y CUIDADORES DE ACUERDO CON LA DISCAPACIDAD DEL NIÑO DE UNA CLÍNICA DE LAMBAYEQUE.	38

RESUMEN

El estudio tuvo como objetivo determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral de los padres de familia y/o cuidadores de niños con discapacidad de la Clínica San Juan de Dios del distrito de Pimentel en el período 2014. Estudio de corte transversal, descriptivo y de tipo no experimental, que incluyó un total de 70 padres de familia y cuidadores. Se utilizó un cuestionario, de 12 preguntas sobre elementos, hábitos de higiene, patologías bucales y técnicas de higiene. Los datos fueron ingresados en programas de Microsoft Excel y SPSS versión 20.0. Los resultados obtenidos en la investigación determinaron un nivel de conocimiento regular sobre salud oral con un 68,6% en los padres de familia y 2,9% en los cuidadores. Se concluyó que existe un nivel de conocimiento regular sobre salud oral de padres de familia y cuidadores de la Clínica San Juan de Dios.

PALABRAS CLAVES: Conocimiento, Higiene Bucal, Salud Bucal, Discapacidad.

ABSTRACT

The study had as an objective to determine the level of knowledge about oral health to the parents and disabled children of San Juan de Dios clinic of the district Pimentel in the 2014 period. The study of cross-section, descriptive and no experimental type include a total of seventy parents and caregivers. A questionnaire of 12 questions about hygiene techniques was used. Data were entered into Microsoft Excel software and spss version 20.0. The results obtained in the investigation determined knowledge level regarding about oral health. Parents have the 68,6% of that knowledge and caregivers have 2,9% to. It was concluded that there is a level of knowledge about regular oral health of parents and caregivers.

KEY WORDS: knowledge, hygiene habits, oral health, disabled.

INTRODUCCIÓN

La Organización Mundial de la Salud (OMS), define la discapacidad como un término genérico, que incluye deficiencias de las funciones y/o estructuras corporales, limitaciones en la actividad y restricciones en la participación e interacción entre un individuo y su entorno.¹

En el año 2002 se calculó que existen 2,5 millones de personas con alguna discapacidad en el Perú; de los cuales aproximadamente 620,000 niños de edad escolar presentan alguna discapacidad, de estos sólo 27, 000 tienen cobertura educativa y no existen oficialmente, en el Perú, programas educativos preventivos de higiene bucal para niños discapacitados.²

Se han realizado investigaciones de las condiciones de salud bucal, los cuales nos muestran un incremento severo de la inflamación gingival.² Los niños con discapacidades y necesidades especiales son los más susceptibles a padecer enfermedades bucales debido a que muchos de estos dependen constantemente de alguien para poder

desarrollarse cotidianamente y poder realizar su higiene oral adecuadamente y en la mayoría de los casos hay ausencia de conocimiento sobre salud oral.³

La discapacidad es un problema de salud pública que afecta no solo al individuo que la padece sino también a su entorno familiar, en efecto, se calcula que por cada persona con discapacidad, al menos 4 individuos más se verán directamente implicados en el problema¹.

La herramienta fundamental de la promoción y la prevención es la educación para la salud, que consiste, según la OMS, en la transmisión de conocimientos y el desarrollo de una conducta encaminada a la conservación de la salud del individuo, del colectivo y la sociedad. La educación debe ser fundamentada en una pedagogía participativa y lograr no solo cambios cognoscitivos, sino cambios de conducta y estilos de vida. ⁴

Frente a esta situación es necesario brindar a los padres y al personal de apoyo de estos niños, conocimientos sobre higiene oral a fin de mejorar las condiciones orales y contribuir a un mejor estilo de vida; por este motivo nos planteamos la siguiente pregunta: ¿Cuál es el nivel de conocimiento sobre salud oral en los padres de familia y cuidadores de niños con discapacidad del Hogar-Clínica del Distrito de Pimentel, 2014?

Ante las limitaciones médicas, físicas y sociales que dificultan el tratamiento odontológico de los niños con discapacidad, es muy importante la vinculación de los padres en las tareas de la educación para la salud de los mismos, ya que así la influencia educativa sobre ellos será directa, contarán con una información adecuada para enfrentar aquellas situaciones que puedan presentarse en el hogar y que inciden negativamente en la salud de la familia⁴.

Teniendo en cuenta que la higiene bucal de estos niños es significativamente deficiente, acompañado de un difícil acceso a la consulta odontológica y que en nuestro medio no se han establecido programas educativos que brinden conocimientos acerca de salud oral, se considera relevante realizar un estudio en este campo ya que no existe alguno.

Por ello los objetivos del presente trabajo de investigación son:

Objetivo General:

- Determinar nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de familia y cuidadores de niños con discapacidad en una clínica de Lambayeque, 2014.

Objetivos específicos:

- Determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de familia de niños con discapacidad en una Clínica del departamento de Lambayeque, 2014, según la edad.
- Determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de familia y cuidadores de niños con discapacidad en una clínica de Lambayeque, 2014, según el sexo.
- Determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral en padres de familia y cuidadores de niños con discapacidad en una clínica de Lambayeque, 2014, según tipo de discapacidad.

CAPITULO I

MARCO TEORICO CONCEPTUAL

1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

Arias et al. ⁴ realizaron un estudio con el fin de acercarse a la problemática de salud bucal en niños con retraso mental ligero y elaborar un programa encaminado a promover estilos de vida saludables y prevenir enfermedades bucales. La muestra estuvo constituida por 87 niños, en ellos se determinó el diagnóstico educativo mediante técnicas afectivo participativas y se valoró la información higiénico-sanitaria bucal de los padres y educadores. Concluyendo que la mayoría de los niños y los padres presentaron una información higiénico-sanitaria bucal no satisfactoria y se confirmó la necesidad de enfatizar la educación para la salud en el tratamiento estomatológico de estos niños, así como de sus padres y educadores, por lo que se elaboró un programa de comunicación para la salud.

Cabellos ² relacionó el nivel de conocimiento sobre higiene bucal de los padres de niños discapacitados y la higiene bucal de estos mismos niños en el Centro Ann Sullivan del Perú, la muestra fue de 90 padres y sus respectivos 17 hijos con discapacidad (Síndrome Down, Retardo mental, Autismo). Concluyó que si hubo una relación estadísticamente significativa entre el IHO del niño discapacitado y el nivel de conocimiento del padre.

Morales⁵ evaluó la eficacia de dos técnicas didácticas dirigidas a padres sobre higiene bucal. La muestra constó de 90 personas con discapacidad mental (41 autistas, 15 con Síndrome Down y 34 con retardo mental). Se evaluó el IHO de las personas con discapacidad mental antes y después que sus padres recibieran una técnica educativa informativa o demostrativa sobre higiene bucal. Se concluyó que se puede modificar el estado oral del discapacitado a través de los padres utilizando la técnica educativa demostrativa con la cual se obtuvo mayor reducción del IHO.

Navas *et al.*⁶ realizó un estudio con el fin de promover en los padres los cuidados de salud bucal de niño y adolescentes con síndrome de Down. Seleccionó a 35 padres y a sus niños con síndrome de Down. Se determinaron las condiciones de salud bucal de los niños mediante la evaluación del estado de la dentición, necesidades de tratamientos, índice de placa e índice gingival. Como resultado los padres de los niños del estudio participaron activamente en la búsqueda de propuestas efectivas para mejorar la salud bucal de los niños y adolescentes con síndrome de Down.

Motta ⁷ determina el estado de salud gingival e higiene bucal en alumnos con discapacidades intelectuales del Colegio Especial “Santa Teresa de Courdec”. La muestra comprendió 88 alumnos con discapacidades intelectuales (16 con Autismo, 48 con retardo mental sin patología asociada y 24 con Síndrome de Down) de ambos sexos de entre 4 a 25 años de edad. Se concluyó que los pacientes estudiados

presentan discapacidades intelectuales y necesidades odontológicas de urgencia.

Garcés *et al.*⁸ determinaron el estado de salud oral de niños y adolescentes con discapacidad. Se evaluaron 195 estudiantes de 6 a 21 años considerando historia de caries (COPD, ceod), calidad de higiene (IHO-S) y estado gingival (Índice Gingival, IG). Además, se interrogó acerca de hábitos de higiene, grado de discapacidad intelectual, presencia de enfermedades sistémicas y consumo de medicamentos. Se concluyó que el estado de salud oral de la población evaluada es deficiente y que la calidad de higiene oral es regular o mala, lo que conlleva un pobre estado de salud gingival.

Limeres *et al.*⁹ realizaron un estudio con el fin de determinar si existe una relación entre los hábitos de higiene bucal de las personas con discapacidad severa y el nivel de conocimiento en la salud oral del padre de familia. El grupo de estudio estaba formado por 60 personas con discapacidad y sus respectivos padres que vinieron por primera vez a la consulta odontológica. Los autores encontraron que el nivel de conocimiento acerca de salud bucal de los padres tiene una relación estadísticamente significativa con los hábitos de higiene bucal del niño con respecto a frecuencia y duración de cepillado.

Torres *et al.*¹⁰ realizaron un estudio con el objetivo de modificar los conocimientos y hábitos sobre salud bucal en 40 alumnos con retraso mental leve, comprendidos entre las edades de 7 a 11 años de edad, se aplicó una entrevista que contenía 5 preguntas relacionadas con higiene bucal, dieta cariogénica y exámenes periódicos e incluyó el índice de higiene bucal y el examen bucal. Se concluyó que el estado de salud bucal mejoró cualitativamente, resaltando la importancia y el valor del programa para la contribución del mismo a la educación para la salud de los niños con necesidades educativas especiales.

1.2. BASES TEÓRICO CIENTÍFICO

1.2.1. DEFICIENCIAS, DISCAPACIDAD Y MINUSVALÍAS

1.2.1.1. Deficiencia

Según la OMS, es toda pérdida o anormalidad, de una estructura o función psicológica, fisiológica o anatómica¹¹.

Así mismo la deficiencia se caracteriza por pérdidas o anormalidades que pueden ser temporales o permanentes, entre las que se incluye la existencia o aparición de una anomalía, defecto o pérdida producida en un miembro, órgano, tejido u otra estructura del cuerpo, incluidos los sistemas propios de la función mental¹².

De igual manera la deficiencia representa la exteriorización directa de un estado patológico, en principio se manifiesta tanto en el órgano del cuerpo como en sus funciones¹¹.

Se puede hablar de deficiencias físicas, sensoriales, psíquicas¹³:

- Físicas: afectan a personas con problemas como amputaciones, malformaciones, parálisis, pérdidas de movilidad o enfermedades crónicas, que impiden llevar una vida normal o hacen necesario el uso de determinadas ayudas técnicas.
- Sensoriales: afectan a personas con problemas de visión, audición o lenguaje.
- Psíquicas: afectan a personas con enfermedades o trastornos mentales, como quienes padecen Síndrome de Down.

1.2.1.2. Discapacidad

Es toda restricción o ausencia (debida a una deficiencia) de la capacidad de realizar una actividad en la forma o dentro del margen que se considera normal para un ser humano ¹².

Es la objetivación de la deficiencia en el sujeto y con una repercusión directa en su capacidad de realizar actividades¹¹.

Las discapacidades se clasifican de la siguiente manera¹²:

a. Discapacidades sensoriales y de la comunicación.

- Discapacidad para ver: personas con dificultades graves o importantes de visión, ya sea de cerca o lejos.
- Discapacidad para oír: personas con pérdida parcial o total de la audición.
- Discapacidad para hablar: Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para formular y entender mensajes verbales y no verbales (expresión facial, gestos, signos).
- Discapacidades de la comunicación y comprensión del lenguaje: Se refiere a personas con dificultades graves o importantes para adquirir conocimientos (a través tanto de instrucciones, como por propia experiencia) y aplicar éstos, debidas exclusivamente a la existencia de deficiencias cognitivas y/o intelectuales.

b. Discapacidades motrices.

- Discapacidades de las extremidades inferiores, tronco, cuello y cabeza.
- Discapacidades de las extremidades superiores.

c. Discapacidades mentales.

- Discapacidades intelectuales (retraso mental).
- Discapacidades conductuales y otras mentales.

d. Discapacidades múltiples y otras.

1.2.1.3. Minusvalía.

Es una situación desventajosa para un individuo determinado, consecuencia de una deficiencia o una discapacidad, que limita o impide el desempeño de un rol que es normal en su caso (en función de su edad, sexo o factores sociales y culturales) ¹².

1.2.2. DISCAPACIDADES Y DEFICIENCIAS MÁS FRECUENTES

- RETARDO MENTAL

a. Definición

El Retardo Mental (RM) se define como una condición caracterizada por una capacidad intelectual significativamente menor que el promedio de la población total. Produce disturbios en el aprendizaje y la socialización asociados a desajustes en la conducta adaptativa del individuo¹⁴.

Aproximadamente en cada país el 1% de la población tiene retraso mental. Empieza antes de la madurez y tiene un efecto duradero en el desarrollo, produciendo¹⁵:

- Reducción de las habilidades para arreglárselas independientemente (daño de la función social).
- La reducción de las habilidades para entender informaciones nuevas y aprender nuevas habilidades (daño de la inteligencia).

b. Etiología¹⁶

La etiología, entre el 30 y el 50% de los casos, es desconocida. Se estima que entre las causas que originan discapacidad intelectual, un 30-40% es de causa genética, y entre el 15 y el 30% de causa ambiental, incluyendo la etapa perinatal.

c. Aspectos bucales

Cuanto mayor es el grado de discapacidad intelectual, mayores dificultades experimenta el paciente al masticar, mayor permanencia de los alimentos en la boca, dificultades para tragar, dificultad para mantener una higiene oral aceptable y, como consecuencia, los pacientes con afectación severa presentan una mayor proporción de caries, gingivitis y enfermedad periodontal. Estos pacientes, con frecuencia, presentan bruxismo, babeo y también pueden presentar conductas autolesivas. Las maloclusiones son constantes a consecuencia de las disfunciones orales y la alteración del tono muscular. Predominan las situaciones de mordida abierta, paladar ojival, compresión maxilar, distoclusión, apiñamiento y fracturas dentales, ya que, con frecuencia, estos pacientes tienen caídas accidentales al fallarles el apoyo por la falta de reflejos¹⁶.

- AUTISMO

a. Definición

Es una discapacidad severa y crónica del desarrollo, que aparece normalmente durante los tres primeros años de vida. Se da aproximadamente en 15 de cada 10,000 nacimientos y es cuatro veces más común en niños que en niñas. Se encuentra en todo tipo de razas, etnias y clases sociales en todo el mundo⁵.

b. Etiología

La etiología del autismo a día de hoy es incierta. Existe evidencia de que el autismo es un desorden neurológico de base orgánica. Cuyas posibles causas sean trastornos pre y perinatales y anomalías cromosómicas¹⁷.

c. Signos y síntomas

Las principales características involucran dificultades con la interacción y comunicación social, intereses limitados y conductas repetitivas¹⁸.

d. Aspecto odontológico

El autismo no se caracteriza por alteraciones específicas a nivel bucodental. La situación oral va a depender, en gran medida, de la higiene diaria dental así como de una adecuada dieta no cariogénica. A nivel bucodental hay que buscar signos de erosiones dentales debidas a la regurgitación de la comida y del contenido gástrico por reflujo gastroesofágico, bruxismo que puede aparecer en el 20-25% y caries. Los padres pueden observar que el niño deja de comer, ya que su umbral para el dolor es alto, y determinar la presencia de patología dental puede ser muy difícil¹⁹.

- PARÁLISIS CEREBRAL

a. Definición

En la actualidad existe un consenso en considerar la parálisis cerebral como un grupo de trastornos del desarrollo del movimiento y la postura, con carácter de afectación motriz causada por malformaciones o lesiones cerebrales durante una etapa de maduración anterior a los 3 años de edad, causantes

de limitación de la actividad, que son atribuidos a una agresión no progresiva sobre un cerebro en desarrollo^{20, 21}.

La lesión cerebral no es progresiva, pero sí de carácter crónico y causa un deterioro variable de la coordinación de la acción muscular. Este impedimento motor central se asocia con frecuencia con afectación del lenguaje, de la visión y de la audición, con diferentes tipos de alteraciones de la percepción, cierto grado de retardo mental y/o epilepsia²⁰.

a. Etiología

La mitad de los casos con parálisis cerebral tienen una causa de tipo prenatal con factores maternos implicados, como edad avanzada, historia repetitiva de abortos, infecciones de tipo rubeola, citomegalovirus o toxoplasmosis, y también por diversas embriopatías. Las infecciones como meningitis o encefalitis, ciertas anemias, las metabolopatías como hipoglucemias y encefalopatías bilirrubinicas pueden ser también la causa de parálisis cerebral. Únicamente un 5% de las parálisis cerebral son de origen desconocido. La parálisis cerebral no es contagiosa y usualmente tampoco es hereditaria de una generación a otra^{21, 22}.

b. Aspecto odontológico²²

En la cavidad oral podemos encontrar con gran frecuencia maloclusiones relacionadas con los síndromes dismórficos y malformaciones congénitas, así mismo, pueden aparecer alteraciones de tipo funcional como el babeo o la falta de control de esfínteres. Frecuentemente las alteraciones de la musculatura orofacial se integra a la variación en la cavidad oral, en la que destaca las mordidas abiertas anteroposteriores, mordidas cruzadas posteriores, paladar ojival y falta de sellado labial. En cuanto a la dentición permanente se observa

labializada, debido a un patrón deglutorio atípico, originando una hipotonía labial, la cual origina el incorrecto sellado labial, provocando que la saliva se acumule en los espacios anteriores, lo que provoca la aparición de cálculo abundante en localizaciones atípicas como es el sector vestibular anteroinferior.

A nivel dental se pueden encontrar hipoplasias (comunes en atetosis), así como anodoncia, supernumerarios, manchas verdosas (en antecedentes de ictericia o eritroblastosis fetal), abrasión de las coronas dentarias por bruxismo con exposición de dentina acompañada de hipercementosis y reducción de cámara pulpar (deposición de dentina secundaria), así como fracturas dentarias de incisivos por traumatismo. A nivel de tejidos blando se ha encontrado gingivitis medicamentosa y a nivel de labios: el paciente se produce injurias por hábitos, y traumatismos que se producen por caídas del paciente debido a la defectuosa coordinación muscular o como consecuencia de convulsiones. Pueden afectar a los órganos dentarios, las partes blandas o involucrar tejido óseo. El otro tipo de traumatismo que se observa en estos pacientes es la auto injuria y que afecta usualmente labios o lengua¹⁴.

- SÍNDROME DE DOWN

a. Definición

El Síndrome de Down es el desorden cromosomal más común, descrito por primera vez por Langdon Down en 1866. Es provocado por anomalías cromosómicas con presencia de 47 cromosomas en lugar de 46 que se encuentran normalmente. Es causado por la presencia de un cromosoma suplementario en el par 21, este cromosoma adicional flota libremente en el núcleo de la célula o está situado en la parte superior de otro cromosoma²³.

b. Manifestaciones orales¹⁴

- Boca: pese a ser de tamaño normal, la lengua sale a veces hacia afuera, por la pequeñez de la boca y la falta de tonicidad muscular. En algunos niños ya más grandes, se observa lengua geográfica y los labios parpan fácilmente por efecto del aire.
- Dientes: son por lo general algo pequeños y, a veces, con formas anómalas. De erupción tardía, se hallan en lugares insólitos o faltan aunque presentan menos caries que los niños normales. Es probable que aparezcan problemas de encías que se inflaman o resorben con facilidad provocando, en ocasiones, las caídas de los dientes en niños mayores o adultos jóvenes a pesar de una buena higiene bucal.

c. Enfermedad más prevalente²

Enfermedad periodontal: la mayor susceptibilidad a esta enfermedad podría deberse a un error congénito de los mecanismos autoinmunitarios alterados en la composición y metabolismo de diferentes productos de la saliva. En el análisis de saliva se encuentra un considerable aumento de pH, sodio, calcio, ácido úrico y bicarbonato, con velocidad de secreción disminuida, esto contribuirá a la propensión de la enfermedad periodontal, pero también a un índice bajo de caries.

1.2.3. ATENCIÓN ODONTOLÓGICA PREVENTIVA EN NIÑOS CON DISCAPACIDAD

a. Control de la placa dental

- Control mecánico: Técnica de cepillado

El cepillado es un hábito cotidiano realizado por cada persona. Así mismo es una actividad necesaria para la

eliminación de placa bacteriana y para la prevención de enfermedades dentales. Existen distintas técnicas de cepillado, que requieren destrezas motoras diferentes¹⁴.

En el contexto escolar, se ha demostrado que niños y jóvenes con síndrome Down de 11 a 22 años son capaces de realizar un cepillado diario de dientes utilizando la técnica de Bass y mejorar los índices de placa y gingival en un período de 3 meses. En esta experiencia, la participación de los profesores y del equipo de salud bucal fue importante para motivar y apoyar a los niños durante la intervención. Otra técnica es la utilización del cepillo eléctrico de mango ancho, el cual es fácil de manipular y es bien aceptado; su uso logra mejorar los niveles de higiene bucal en personas con distinto grado de discapacidad cuando se capacita a las personas y sus cuidadores en su uso adecuado. Además, se puede mejorar la adherencia al cepillo con la modificación de los cepillos convencionales para adecuar la forma y tamaño del mango, según las necesidades del paciente, para favorecer la autonomía y poder realizar el cepillado de dientes en las personas con discapacidad. En personas con limitaciones físicas severas, la disminución o eliminación del uso de pasta de dientes está indicado para disminuir el reflejo nauseoso y mejorar la visión del cuidador que realiza el aseo bucal. El uso de abrebocas puede mejorar el acceso y proteger al cuidador de mordidas involuntarias²⁴.

- Control químico: Clorhexidina

La clorhexidina como agente antimicrobiano es una medida de utilidad. Su amplio espectro de acción permite que se utilice en programas preventivos de caries y problemas periodontales. Los preparados con clorhexidina que se indiquen (enjuagatorios, geles, barnices), así como la técnica de

aplicación (cepillado, cubetas) será adecuada a la condición y necesidades de cada paciente¹⁴.

De igual manera no se recomienda usar colutorios en pacientes con dificultades deglutivas o que sean incapaces de expectorar. Además se ha documentado que la clorhexidina en spray o pasta dental es igualmente efectiva. El uso de spray de clorhexidina (2 ml, 0,2% clorhexidina) es una de las técnicas de aplicación más utilizada en estos casos. La combinación de control de placa mecánico (cepillado) y químico (clorhexidina) ha demostrado ser efectivo en la reducción de los índices de placa (Índice de placa Greene & Vermillion) y sangrado gingival²⁴.

- Uso de hilo dental

En personas con discapacidad, el uso diario de seda dental puede ser indicado como complemento al cepillado, en personas capaces de tolerar y cooperar en su higiene bucal. En personas con limitaciones motoras, el uso de dispositivos porta seda puede facilitar la higiene de los espacios interdetales, disminuyendo el riesgo de lesionar los tejidos bucales¹⁴.

El cuidador debe apoyar en los aspectos particulares que dificulten llevar a cabo esta tarea en forma autónoma.

La adecuada capacitación del cuidador o de la propia persona es importante para lograr el máximo beneficio²⁴.

a. Flúor barniz²⁴

La evidencia sugiere que dicho barniz de flúor es efectivo en la reducción de la incidencia de caries en dentición temporal y permanente en niños. Estos antecedentes junto con la mayor seguridad del uso de barniz comparado con otras modalidades de aplicación profesional de fluoruros tópicos (geles, espumas, enjuagatorios), sugieren que el barniz de flúor es efectivo y

seguro como medida de prevención de caries en niños con discapacidad que presenten dificultad para cooperar durante la atención clínica. Así mismo el efecto cariostático del barniz de flúor disminuye gradualmente luego de su aplicación, por lo que debe ser aplicado de manera periódica. En pacientes con riesgo moderado, la aplicación de barniz fluorado debe ser cada 6 meses. En pacientes con riesgo alto, la aplicación debe ser cada 3 a 6 meses.

b. Sellante de fosas y fisuras

No pueden ser indicados en todos los pacientes debido a los requerimientos de su técnica de aplicación. Los selladores en base a de ionómero de vidrio pueden ser una buena opción ya que la técnica es más simple y suman el beneficio de la liberación de fluoruro¹⁴.

1.2.4. PAPEL DE LOS PADRES EN LA EDUCACIÓN PARA LA SALUD

El niño y sus padres deben ser conservadores permanentes de las normas higiénico-sanitarias, pero en esta labor participarán también el equipo de salud, los educadores y otros sectores sociales²⁴.

Ante las limitaciones médicas, físicas y sociales que dificultan el tratamiento odontológico de los niños con discapacidad, es muy importante la vinculación de los padres en las tareas de la educación para la salud de los mismos, ya que así la influencia educativa sobre ellos será directa⁴.

De igual manera los padres de familia son el factor más importante en la educación de una persona con alguna discapacidad, son el elemento primordial para su desarrollo en todos los aspectos. El profesional de la salud debe saber cómo

influir en estos niños y enfatizar la ayuda, la atención y el amor de sus padres para lograr un mayor desarrollo, se debe transmitir a estos padres los mensajes de salud que queremos hacer llegar a los niños y hacerlos confiar en que ellos sí pueden ser receptivos a estas enseñanzas. La salud se enriquece cuando la enfocamos desde el punto de vista del grupo familiar. Cuando vislumbra la acción de la familia como un todo sobre cada uno de sus integrantes, la salud adquiere nuevas dimensiones²⁵.

Así mismo el educador ha de contribuir también con la educación para a salud oral de los niños o asumir esta tarea cuando el medio socioeconómico es adverso y no podemos contar con los padres. Ningún niño y mucho menos aquel con discapacidad debe abandonar la escuela, sin los conocimientos básicos de salud. El maestro educa en todo momento, desde su asignatura y a través de ella. La escuela constituye el espacio ideal para desarrollar la promoción y educación para la salud, por convertirse la misma en el eslabón integrador y coordinador entre la familia y la comunidad, donde se fomentan actitudes, conductas y prácticas sanas⁴.

La educación de los padres, educadores y personal de apoyo es crítica para la apropiada ejecución y supervisión de la higiene oral diaria de los niños con discapacidad. Se recomienda realizar la instrucción de higiene oral demostrando al paciente y cuidador las posiciones más adecuadas para realizarla. En el caso que el paciente tenga autonomía para realizar la higiene oral, se debe estimular a que la realice sin ayuda. Cuando esto no es posible, el cuidador debe realizar los cuidados necesarios para mantener una correcta higiene bucal²⁴.

1.2.5. SALUD ORAL

La Organización Mundial de la Salud (OMS) define salud oral como la ausencia de enfermedades y trastornos que afectan boca, cavidad bucal y dientes, como cáncer de boca o garganta, llagas bucales, defectos congénitos como labio leporino o paladar hendido, enfermedades periodontales, caries dental, dolor orofacial crónico, entre otros³¹.

Por tanto, este concepto se refiere al estado de normalidad y funcionalidad eficiente de los dientes, estructuras de soporte y de los huesos, articulares, mucosas, músculos, todas las partes de la cavidad bucal, relacionadas con la masticación, comunicación oral y músculo facial³¹.

Factores que ponen en peligro la salud bucodental³²

Existe el peligro de perder la salud de dientes, boca y cavidad bucal principalmente por enfermedades como:

- ✓ Caries dental, que padece la mayoría de la población mundial.
- ✓ Periodontitis, enfermedades que afectan a las encías y ligamento periodontal que dan soporte a las piezas dentales.
- ✓ Cáncer bucodental, cuya incidencia es de 1 y 10 casos por 100,000 habitantes en la mayoría de los países, según cifras de la OMS.
- ✓ Otro factor que puede afectar el mantenimiento de la salud bucodental son los defectos congénitos, como el labio leporino y el paladar hendido. Existe en uno de cada 500-700 nacimientos y varía entre los distintos grupos étnicos y zonas geográficas.

Estos trastornos bucodentales guardan estrecha relación con aspectos causales como³²:

- Dieta inadecuada, sobre todo con alto contenido de azúcares y grasas.
- Consumo de alcohol y bebidas ácidas.
- Tabaquismo.
- Enfermedades crónicas degenerativas, entre ellas: diabetes, enfermedades cardiovasculares, cáncer, enfermedades respiratorias crónicas como EPOC.
- Virus de inmunodeficiencia humana (VIH) que hace más susceptible a infecciones y/o complicaciones de padecimientos en la boca, garganta y dientes.
- Deficiente higiene oral.
- Falta de adecuada educación sobre hábitos de higiene bucodental y nutricional.
- Los traumatismos en la región de la mandíbula también pueden afectar a la salud oral.

CAPITULO II

MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. Operacionalización de variables

Variables	Dimensiones	Indicadores	Tipo	Escala
Nivel de conocimiento	Elementos de Higiene Bucal	Cuestionario	Cualitativo	Ordinal
	Hábitos de higiene bucal	Bueno (12- 9 aciertos)		
	Patología Bucal relacionado con higiene bucal	Regular (8-5 aciertos)		
	Técnica de higiene	Malo (0- 4 aciertos)		

Discapacidad	Síndrome de Down		Cualitativo	Nominal
	Autismo	Ausente		
	Parálisis cerebral	Presente		
	Retardo mental	Leve Moderado Severo	Cualitativo	Nominal
Edad	Intervalos	Años transcurridos desde el nacimiento	Cuantitativo	Nominal
Sexo	Hombre	Características físicas de la persona	Cualitativos	Nominal
	Mujer			

2.2. Diseño de investigación

El enfoque para este estudio será cuantitativo y de tipo no experimental, descriptivo. Diseño será prospectivo y de corte transversal.

2.3. Población

Padres de familia y/o cuidadores de niños con discapacidad del departamento de Lambayeque.

2.3.1. Población muestral

Se trabajará con toda la población comprendida por padres de familia y/o cuidadores de niños con discapacidad (70 aproximadamente) que acuden a la Clínica San Juan de Dios del departamento de Lambayeque y que cumplan con los criterios de selección.

2.3.2. Criterios de inclusión:

- Padres o cuidadores de niños con diagnóstico de las siguientes discapacidades Autismo, Parálisis cerebral, Retardo mental y Síndrome de Down.
- Padres o cuidadores de pacientes con discapacidad que acudan al Centro durante las fechas de ejecución del proyecto.
- Padres o cuidadores de pacientes con discapacidad que firmen el consentimiento informado.
- Padres o cuidadores de pacientes con discapacidad que tengan como lengua materna el español.

2.3.3. Muestreo:

No Probabilístico- por conveniencia.

2.4. Métodos, Técnicas e Instrumentos de Recolección de datos

- Métodos:
Encuesta bajo un cuestionario.

- Aplicación

Para realizar la investigación se solicitó permiso a la Clínica San Juan de Dios del departamento de Lambayeque, a través de una solicitud dirigida al director ejecutivo de la clínica para que autorice la ejecución de la investigación. Se nos permitió ingresar a las instalaciones de la clínica, visitamos la clínica en varias fechas y en horarios diferentes.

Las encuestas fueron entregadas por las investigadoras a los padres de familia y/o cuidadores que se encontraban en la sala de espera antes de ser atendidos. En primer lugar se les explicó los objetivos de la investigación y posteriormente se les entregó el consentimiento informado a los padres o cuidadores que deseen participar del estudio.

Al culminar la encuesta se les entregó a los participantes un tríptico sobre “Salud oral”.

- Instrumento de recolección de datos

Se dispuso de un cuestionario el cual fue tomado de la investigación de Cabellos² que posee validez y confiabilidad.

Para determinar la confiabilidad de dicho instrumento Cabellos² realizó una prueba piloto a 20 padres de familia del centro Ann Sullivan del Perú, utilizó el coeficiente de confiabilidad alfa de Crombach que dio como resultado 0.8935.

Para determinar la validez de criterio se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson a 20 padres del Centro Ann Sullivan del Perú. El cual dio como resultado valores mayores a 0.20 por cada ítems (12 ítems), lo que nos indicó que los ítems y el instrumento

están asociados y correlacionados. Para la validez de constructo aplicaron el método y análisis factorial para encontrar los factores que se agruparon en cada ítem del instrumento.

Finalmente 5 expertos determinaron la validez de contenido, se les entregó un cuestionario de 12 preguntas dividido en 4 segmentos. Haciendo un análisis por pregunta a los jueces, se encontró que el grado de concordancia es significativo en lo concerniente a los segmentos 1, 2, 3 y 4 puesto que ($p < 0.05$). El instrumento es válido según los jueces de expertos con un Q: 0.05 que es menor a 0.5.

El cuestionario consta de 12 preguntas referidas a higiene bucal, dividido en cuatro partes: (VER ANEXO 2)

1. Primera parte: elementos de higiene bucal.
2. Segunda parte: hábitos de higiene bucal.
3. Tercera parte: patología bucal relacionada con higiene bucal.
4. Cuarta parte: técnica de higiene bucal.

En cada parte se realizó 3 preguntas, las cuales tuvieron respuestas de tipo cerradas.

La calificación será:

0-4 preguntas acertadas: nivel de conocimiento bajo.

5-8 preguntas acertadas: nivel de conocimiento regular.

9-12 preguntas acertadas: nivel de conocimiento alto.

El tiempo para la aplicación del cuestionario será de 20 minutos por padre de familia y/o cuidador.

2.5. Aspectos éticos de la investigación

En este trabajo de investigación se respetó la dignidad de la persona a través de los principios bioéticos establecidos, además se contó con la aprobación de la clínica.

Se explicó a los participantes sobre el procedimiento a través de una hoja informativa, y posteriormente se les entregó el consentimiento informado a aquellos que deseen participar del estudio.

El participante tuvo la libertad de retirarse del estudio cuando lo decida, sin que esto perjudique la asistencia recibida a su menor hijo en la clínica.

Los datos proporcionados por los participantes fueron manejados de forma confidencial, para esto, se manejaron fichas con una codificación y para fines informativos.

A los participantes se les entregó fichas informativas sobre salud e higiene oral.

Los resultados globales fueron entregados a la clínica para su posterior manejo.

2.6. Plan de procesamiento de datos

Los datos obtenidos a partir de los cuestionarios, fueron ingresados y organizados en tablas utilizando el programa Microsoft Excel, tabulados según las variables ya mencionadas, Se utilizó también el programa SPSS versión 20.0.

Para analizar los datos obtenidos se utilizó estadística descriptiva: distribución de frecuencia, porcentaje y proporción.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSION

3.1. Resultados

TABLA N°1 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL EN PADRES Y/O CUIDADORES DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD EN UNA CLÍNICA DE LAMBAYEQUE, 2014.

		ESTATUS		Total
		CUIDADOR	PADRE	
Nivel de Conocimiento	Bueno	0,0%	2,9%	2,9%
	Malo	1,4%	24,3%	25,7%
	Regular	2,9%	68,6%	71,4%
Total		4,3%	95,7%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, 2015

Según los resultados se observó que el 68,6% de padres de familia y el 2,9% de los cuidadores obtuvieron un regular nivel de conocimiento, siendo este el mayor resultado en ambas categorías.

TABLA N°2 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL EN PADRES Y/O CUIDADORES DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD EN UNA CLINICA DE LAMBAYEQUE, 2014, SEGÚN EDAD.

		Rangos de Edad			Total
		A	B	C	
Nivel de conocimiento	Bueno	1,4%	1,4%	0,0%	2,9%
	Malo	17,1%	8,6%	0,0%	25,7%
	Regular	45,7%	22,9%	2,9%	71,4%
Total		64,3%	32,9%	2,9%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, 2015

La tabla muestra los resultados según la edad de los participantes, encontrándose un mayor porcentaje con regular nivel de conocimiento según el grupo A de edad (< de 40 años) con 45,7%, el 22.9% según el grupo de edad B (40 a 60 años) con un regular nivel de conocimiento. Por último se registró que el 17,1% del grupo A obtuvo nivel de conocimiento malo.

TABLA N°3 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL DE PADRES Y/O CUIDADORES DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD EN UNA CLINICA DE LAMBAYEQUE, 2014, SEGÚN SEXO.

		SEXO		Total
		femenino	masculino	
Nivel de Conocimiento	Bueno	2,9%	0,0%	2,9%
	Malo	20,0%	5,7%	25,7%
	Regular	61,4%	10,0%	71,4%
Total		84,3%	15,7%	100,0%

Fuente: Elaboración propia, 2015

La tabla muestra los resultados del nivel de conocimiento de padres de familia según el sexo, el mayor porcentaje fue 61,4% en el sexo femenino con un regular nivel de conocimiento, el 20% en el sexo femenino con un nivel de conocimiento malo.

TABLA N°4 NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL DE PADRES Y/O CUIDADORES DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD EN UNA CLINICA DE LAMBAYEQUE, 2014, SEGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD.

		DISCAPACIDAD				Total
		Autismo	PCI	Retardo mental	Síndrome de down	
Nivel de Conocimiento	Bueno	1,4%	0,0%	0,0%	1,4%	2,9%
	Malo	7,1%	8,6%	5,7%	4,3%	25,7%
	Regular	14,3%	22,9%	17,1%	17,1%	71,4%
Total		22,9%	31,4%	22,9%	22,9%	100,0 %

Fuente: Elaboración propia, 2015

Se presenta los resultados obtenidos, agrupados en cuatro discapacidades. El mayor porcentaje con un nivel de conocimiento regular se dio en parálisis cerebral infantil con un 22,9%, seguido por un nivel de conocimiento regular en padres de familia con niños con retardo mental al igual que el síndrome de Down con un 17,1%, y por último un nivel conocimiento regular en padres de familia con niños autistas, con un 14,3%.

3.2. Discusión

Los padres de familia y los cuidadores son el factor más importante en la educación de una persona con alguna discapacidad, son el elemento primordial para su desarrollo en todos los aspectos. Por esa razón los niños con discapacidad y necesidades especiales son los más susceptibles a padecer enfermedades bucales, debido a que muchos de estos dependen constantemente de alguien para poder desarrollarse y poder realizar su higiene oral adecuadamente; en la mayoría de los casos hay ausencia de conocimiento sobre salud oral por parte de los padres de familia y cuidadores.³

El propósito del estudio fue determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral de padres de familia y cuidadores de niños con discapacidad en una clínica de Lambayeque al año 2014 y se obtuvieron los siguientes resultados:

Se determinó el nivel de conocimiento de padres y/o cuidadores según la discapacidad del niño y se obtuvo que el valor con mayor porcentaje y con un nivel de conocimiento regular sobre salud oral fue parálisis cerebral con un 22,9% (n=16). Un 14,3% (n=10) fueron padres y cuidadores de niños con autismo. Finalmente, retardo mental y síndrome de down obtuvieron el 17,1% (n=12). Con lo anterior Cabellos² difiere en que determinó que el nivel de conocimiento con mayor porcentaje fue el nivel de conocimiento bueno, con un 51,28% en retardo mental y autismo en un 50%.

Asi mismo la discapacidad que se encontró con mayor frecuencia fue el parálisis cerebral con el 31,4% del total, retardo mental, síndrome de down y autismo obtuvieron el 22,9%. Datos similares encontró Freire et al ²⁶ en el cual el diagnóstico primario de los niños fue el parálisis cerebral (PC), por un total de 10 niños (38,5%).

De igual forma según el nivel de conocimiento de padres y/o cuidadores con respecto a su edad se obtuvo que el mayor porcentaje con un nivel de conocimiento regular fue el 45,7% (n=32) para el grupo A (<40 años), 22,9% (n=16) para el grupo B (entre 40-60 años) y el 2,9% (n=2) para el grupo C (> 60 años). Con un nivel de conocimiento malo se obtuvo el 17,1%(n=12) para el grupo A, 8,6% (n=6) para el grupo B. Finalmente en el nivel de conocimiento bueno se obtuvo el 1,4% (n=1) tanto para el grupo A y B. En relación a lo anterior se encontró que en el estudio de Suyo²⁷ con padres de familia de niños sin ningún tipo de discapacidad obtuvo que con un nivel de conocimiento bajo el 67% de los participantes se encontraban entre los 17- 21 años, el 68% entre los 22-26 años y el 40% entre los 27- 31 años; con un nivel de conocimiento regular el 33% se encuentra entre los 17-21 años, el 21% entre 22-26 años. Finalmente con un nivel de conocimiento alto el 60% se encuentra entre los 27-31 años. Estos resultados difieren al igual que el estudio de Ruiz²⁸, en el cual no encontró diferencias estadísticamente significativas entre el nivel de conocimiento y la edad de los padres de familia.

Por otro lado según estudios respecto al nivel de conocimiento en relación al sexo han sido evaluados por Suyo²⁷ y Cabellos² quienes han tenido una mayor población a comparación del estudio presentado. Suyo²⁸ encontró que un 24% de sexo masculino y un 21,1% de sexo femenino mostraron un nivel de conocimiento alto, al igual que Cabellos² obtuvo un 19.4% del sexo femenino y el 18,75% de sexo masculino en el mismo nivel de conocimiento. Ambos difieren con los datos que se encontraron en nuestro estudio los cuales muestran que un 2,9% (n=2) de sexo femenino que poseen un nivel de conocimiento bueno, y ningún padre o cuidador del sexo masculino.

Asimismo se encontró que el 61,4% (n=43) de los participantes fueron del sexo femenino y el 10% (n=7) fueron del sexo masculino en el nivel de conocimiento regular. Los resultados concuerdan con lo encontrado por Suyo²⁸ donde se observó que el en el mismo nivel de conocimiento prevalece el sexo femenino con un 42,4% a comparación de un 36% en el sexo masculino. De igual manera, Cabellos² encontró en el sexo femenino un 69,4% y un 66,7% del sexo masculino en el mismo nivel.

Los resultados obtenidos respecto a un nivel de conocimiento malo fueron el 20% (n=14) en sexo femenino y el 5,7% (n=4) de sexo masculino. Tanto como Suyo²⁸ y Cabellos² difieren con lo observado anteriormente, consiguiendo en ambos estudios la prevalencia del sexo masculino en este nivel, al obtener un 40% en el sexo masculino y el 36,4% de sexo femenino, así como un 14,55% de sexo masculino y un 11,2% de sexo femenino respectivamente.

Del estudio resultó que el 95,7% (n=67) de los encuestados fueron padres de familia de niños con discapacidad y el 4,3% (n=3) cuidadores. Estos resultados nos indicaron que las personas quienes tienen la responsabilidad de llevar a los niños a la clínica para su tratamiento correspondiente son los padres de familia específicamente la madre en su gran mayoría, lo cual concuerda con el estudio de Freire et al²⁶, que obtuvo como resultado que el 88,5% (n=23) de los participantes fueron madres de niños con discapacidad quienes resolvieron el cuestionario.

Por último, el presente estudio determinó el nivel de conocimiento sobre salud oral de padres y cuidadores de niños con discapacidad; los datos obtenidos fueron: el 68,6% (n=48) de los padres y el 2,9% (n=2) de los cuidadores obtuvieron un nivel de conocimiento regular, el 24,3% (n=17) de los padres y el 1,4% (n=1) de los cuidadores con un nivel de conocimiento malo. Finalmente el 2,9%

(n=2) de los padres obtuvo un nivel de conocimiento bueno. Datos similares se encontraron en estudios donde se observó la prevalencia de un regular nivel de conocimiento de salud oral, como por ejemplo en el caso de Cabellos² en el que se obtuvo un 68,9% (n=62) de un nivel de conocimiento regular, un 18,89% (n=17) con un nivel de conocimiento malo y un 12,22% con un nivel de conocimiento bueno. De igual manera, Ruiz²⁹ observó que de las 100 gestantes encuestadas, el 74% obtuvo un nivel de conocimiento regular sobre salud oral.

Lo anterior difiere con lo encontrado por Suyo et al²⁸ ya que determinó con mayor porcentaje la presencia de un nivel de conocimiento malo en un 65,5%, seguido de un 20,6% en el nivel de conocimiento regular y en menor proporción un 13,7% en el nivel de conocimiento bueno. Coincidiendo con Emy et al. Ya que determinó que el 69,5% de los padres encuestados obtuvieron un nivel de conocimiento bajo. En este estudio se relacionó el nivel de educación de los padres, ya que el 38,9% no recibieron educación bucal a lo largo de su vida.

Garcés³⁰ et al, Limeres et al y Freire et al; reafirman en sus estudios, que el nivel de conocimiento acerca de salud bucal de los padres tiene una relación estadísticamente significativa con el estado de la higiene bucal y hábitos del niño con respecto a frecuencia y duración de cepillado. Al igual que Arias et al. en el que valoró la información higiénico-sanitaria bucal de los padres y educadores, concluyendo que la mayoría de los niños y los padres presentaron una información higiénico-sanitaria bucal no satisfactoria y se confirmó la necesidad de enfatizar la educación para la salud en el tratamiento estomatológico de estos niños, así como de sus padres y educadores.

Benavente³¹ et al difieren al no encontrar asociación significativa entre el nivel de conocimiento sobre salud bucal de las madres, con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad; ya que si bien las madres poseen conocimientos entre regular y bueno en un 77.6 %, estos no son aplicados adecuadamente, por lo que se debe trabajar dando énfasis en todo programa preventivo promocional para propiciar actitudes positivas hacia el cuidado de la salud bucal.

CONCLUSIONES

1. Al determinar el nivel de conocimiento sobre salud oral de padres de familia y cuidadores de niños con discapacidad, se observó un mayor porcentaje en padres de familia, con un nivel de conocimiento regular.
2. Se logró determinar respecto al nivel de conocimiento de salud oral en padres de familia y cuidadores, según edad, que el mayor porcentaje corresponde al nivel de conocimientos regular para el grupo etario menor de 40 años.
3. Se logró determinar respecto al nivel de conocimiento de salud oral de padres de familia y cuidadores, según sexo, que el sexo femenino alcanza el mayor porcentaje y corresponde al nivel de conocimiento regular.

4. Se logró determinar respecto al nivel de conocimiento de salud oral de padres de familia y cuidadores, según tipo de discapacidad del niño, que la parálisis cerebral alcanzo el mayor porcentaje y corresponde al nivel de conocimiento regular.

RECOMENDACIONES

1. Promover la realización de otros estudios sobre educación, prevención y control de la salud oral en niños con discapacidad.
2. Diseñar un programa educativo sobre salud oral para padres de familia y cuidadores de niños con discapacidad.
3. Concientizar a odontólogos de provincia Chiclayo en la atención de pacientes discapacitados.
4. Desarrollar programas de motivación sobre higiene bucal en Padres de niños discapacitados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Morales MC. Atención odontológica a pacientes especiales: Una realidad creciente. Scielo 2012; 50(1).
2. Cabellos D. Relación entre el nivel de conocimiento entre higiene bucal de los padres y la higiene bucal del niño discapacitado en el centro Ann Sullivan del Perú. [Tesis para obtención de bachiller]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2006.
3. Marulanda J, Betancur JD, Espinosa S, Gómez J, Tapias A. Salud oral en discapacitados. CES odont 2011; 24(1): 71-76.
4. Arias S, Muñoz LM, Romero CM, Espeso N. Propuesta de comunicación en salud oral para niños con retraso mental ligero, padres y educadores. Redalyc 2005 [Consultado el 23 de abril del 2014]; 9(6). Disponible en <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=211117924005>.
5. Morales D. Eficacia de dos técnicas educativas: informativa y demostrativa dirigidas a padres de personas con discapacidad mental

- del centro Ann Sullivan del Perú. [Tesis para obtención de bachiller]. Lima: Universidad mayor de San Marcos; 2006.
6. Navas R, Mogollón J. Participación de los padres en el cuidado de la salud bucal de los niños y adolescentes con síndrome de Down. *Ciencia Odontológica* 2007 [Consultado el 18 de abril de 2014]; 4(2). Disponible en: http://www2.scielo.org.ve/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S131782452007000200004&lng=es&nrm=Iso&tlng=es.
 7. Motta A. Higiene bucal y gingivitis en alumnos con discapacidades intelectuales del Colegio Especial “Santa Teresa de Courdec”. [Tesis presentada por bachiller]. Lima: Universidad San Martín de Porres; 2011.
 8. Garcés C, Barrera M, Ortiz M, Rosas C. Estado de Salud Oral de niños y adolescentes con Discapacidad Intelectual en una población chilena 2012. *J Oral Res* 2013; 2(2): 59-63.
 9. Limeres J, Martínez F, Feijoo JF, Ramos I, Liñares A. A new indicator of the oral hygiene habits of disabled persons: relevance of the carer's personal appearance and interest in oral health. *Wiley* 2013; 12(2): 121-126. Disponible en <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/idh.12033/abstract?deniedAccessCustomisedMessage=&userIsAuthenticated=false>
 10. Torres L, López E, Sardiñas E, Machado S. Intervención educativa para elevar los conocimientos y modificar hábitos sobre salud bucal en niños con retraso mental leve. *Mediciego* 2013; 19(1).
 11. Egea C, Sarabia A. Clasificaciones de la OMS sobre discapacidad. *Murcia*. 2001:15-30.
 12. Jiménez A, Huete A. La discapacidad en España: Datos epidemiológicos; 2002.
 13. Instituto nacional de estadística, geografía e informática. Clasificación de tipo de discapacidad. 2001.
 14. Bouras N, Holt G, Day K, Dosen A. Mental Health in Mental Retardation: The ABC for mental health, primary care and other professionals. Grup Pere Mata (London). 2002.

15. Diccionario de Medicina. Oceano-Mosb. Edición, Barcelona, España. Editorial Océano. 1995.
16. De palma A, Raposa K. Construyendo Puentes: Cuidado Dental para Pacientes con Autismo. Academy of Dental Therapeutics and Stomatology; 2011.
17. Gómez B, Badillo V, Martinez E, Planells P. Intervención odontológica actual en niños con autismo. La desensibilización sistémica. Cien dent 2009; 6(3): 207-215.
18. Morales M. Paciente autista en la clínica dental. Venezuela: Universidad Santamaría.
19. Martínez A. Matamaros M. Manejo estomatológico del paciente con parálisis cerebral. Revista de la Facultad de Salud Pública y Nutrición (Mex). 2003; 7.
20. Silvestre F, Plaza A. Odontología en pacientes especiales. Valencia. Editorial Universidad de Valencia; 2007.269-273.
21. Arguelles P. Parálisis facial infantil. Barcelona: Protocolos Diagnóstico Terapéuticos de la AEP: Neurología Pediátrica. 2008.
22. Demicheri A, Batle A. La enfermedad periodontal asociada al paciente con Síndrome de Down. Odontoestomatología 2011; 13(18): 4-15.
23. Artigas M. Síndrome de Down (trisomía 21). Universidad nacional de Cuba 2011; 37-43.
24. Arias S, Muñoz L, Rodriguez G, García J. Consideraciones actuales del tratamiento estomatológico con discapacidad mental leve. Redalyc 2005; 9(2).
25. Dominguez M, Infante Y, Roca M. Programa de formación para padres y/o cuidadores de niños con discapacidad motora y auditiva de la fundación para el niño sordo Ical como estrategia de buen trato. Colombia: Universidad de la Sabana; 2009.
26. Freire I, Araujo A, Machado J. Sensibilização de pais de crianças com necessidades especiais. Rev. Eletrônica de gestão y salud 2012; 5(4): 2353-68.

27. Suyo T, Iannacone J. Influencia de la enseñanza sobre el conocimiento de higiene bucal a padres de niños menores de tres años en el centro de salud de mala, Perú. *The biologist* 2013; 11(2): 307- 319.
28. Ruiz C. Nivel de conocimiento sobre prevención en salud bucal en gestantes del centro de salud de Paijan Agosto- Noviembre 2010. [Tesis para obtención de bachiller]. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo. Facultad de medicina; 2010.
29. Garcés G. Estudio descriptivo sobre el nivel de conocimientos odontológicos de padres de niños con discapacidad y el estado de salud bucal de los niños. *Rev. Portales médicos* 2013;8(6)
30. Benavente L, Chein S, Reategui C, Palacios E, Ventocilla M, Castro A, Huapaya O, Álvarez M, Paulino W, Espetia A. Nivel de conocimientos en salud bucal de las madres y su relación con el estado de salud bucal del niño menor de cinco años de edad. *Odontol. Sanmarquina* 2012; 15(1):14-18.
31. Montenegro G. Un nuevo enfoque de Salud oral: una mirada desde la salud pública. *Dialnet* 2011; 30(64): 101.
32. Miñana V, Grupo Previnfand. Promoción de la salud bucodental. *Scielo* 2011; 13(51).

ANEXOS

ANEXO N°1
CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR EN UN ESTUDIO DE
INVESTIGACIÓN

Instituciones	Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo - Clínica San Juan de Dios del departamento de Lambayeque.
Investigadores	Mariajose Stephanie Oyola Burgos, Leslye Estefany Holguin Chumacero.
Título	Nivel de conocimiento sobre salud oral en padres y/o cuidadores de niños con discapacidad de una clínica de Lambayeque, 2014

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “Nivel de conocimiento sobre salud oral en padres y/o cuidadores de niños con discapacidad”. Este es un estudio desarrollado por investigadores de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

Estamos realizando este estudio para evaluar su nivel de conocimiento sobre salud oral, con la finalidad de conocer los resultados y concientizarlos sobre los cuidados orales que sus niños deben recibir.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio deberá responder un cuestionario con 12 preguntas sobre higiene bucal que tienen una duración de 15 minutos.

Riesgos:

No se prevén riesgos por participar en esta fase del estudio.

Beneficios:

Usted se beneficiará recibiendo fichas informativas sobre salud e higiene oral.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar y conocer sobre salud oral.

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso futuro de la información obtenida:

Deseamos conservar los datos almacenados por 10 años. Estas muestras solo serán identificadas con códigos.

Si usted no desea que sus datos sean almacenados ni utilizados posteriormente, usted aún puede seguir participando del estudio.

Autorizo a tener mis datos almacenados SI ☐ NO ☐

Derechos del paciente:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, o no participar en una parte del estudio sin perjuicio alguno para Ud. o su menor hijo. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la USAT, teléfono (074)-606200 anexo 1138

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante

Nombre:
DNI:

Fecha

Investigador

Nombre:
DNI:

Fecha

ANEXO N° 2
CUESTIONARIO SOBRE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
SALUD ORAL

Fecha: Código:
Padre Cuidador
Edad: Sexo:
Diagnóstico del niño:.....

Introducción

El presente cuestionario forma parte de un trabajo de investigación. Los resultados obtenidos a partir de este, serán utilizados para evaluar el nivel de conocimiento sobre salud oral de los padres y/o cuidadores de niños de la clínica san Juan de Dios, por lo que solicito su participación contestando cada pregunta con una sola respuesta de manera veraz.

I. Instrucciones:

Lea y marque cuidadosamente cada pregunta del cuestionario con una (X) dentro del paréntesis, por favor conteste solo una respuesta.

1) ¿Cuáles considera Ud. son elementos de higiene bucal?

- a) dulces, cepillo dental, pasta dental. ()
- b) flúor, pasta dental, hilo dental. ()
- c) cepillo dental, hilo dental, pasta dental. ()

2) ¿Cada cuánto tiempo debería cambiar su cepillo dental?

- a) cada 6 meses ()
- b) cada 12 meses ()
- c) cada 3 meses ()
- d) no sé ()

3) El diente es:

- a) Es un elemento en la boca. ☐
- b) Sirve solamente para masticar los alimentos. ☐
- c) Es un órgano. ☐
- d) no sé. ☐

4) ¿Principalmente cuándo Ud. cree que debe cepillarse los dientes?

- a) antes de las comidas. ☐
- b) después de las comidas. ☐
- c) solo al acostarse. ☐
- d) solo al levantarse. ☐

5) ¿Cuándo debería llevar a su hijo por primera vez al dentista?

- a) al erupcionar el primer diente. ☐
- b) cuando tenga edad suficiente. ☐
- c) cuando le duela algún diente. ☐
- d) cuando le salgan todos sus dientes. ☐

6) ¿Cuánto tiempo Ud. demora en cepillarse los dientes?

- a) no sé. ☐
- b) 30 segundos. ☐
- c) 1 minuto. ☐
- d) 2 minutos. ☐
- e) 3 minutos. ☐

7) La placa bacteriana es:

- a) restos de dulces y comidas. ☐
- b) manchas blanquecinas en los dientes. ☐
- c) restos de alimentos y microorganismos. ☐
- d) no sé. ☐

8) La enfermedad periodontal es:

- a) el dolor de diente. ☐
- b) la enfermedad de las encías. ☐
- c) inflamación del labio. ☐
- d) no sé. ☐

9) ¿Qué es la caries?

- a) es una picadura en los dientes. ☐
- b) es una enfermedad infectocontagiosa. ☐
- c) es un dolor en la boca. ☐
- d) no sé. ☐

10) ¿Qué características debe tener un cepillo dental?

- a) Que las cerdas sean de 2 colores y el mango sea recto ☐
- b) Que las cerdas sean duras y de un solo color ☐
- c) Que las cerdas sean rectas y el mango también. ☐
- d) Que las cerdas sean inclinadas y el mango sea curvo ☐

11) ¿Cuántas veces se cepilla al día?

- a) una vez ☐
- b) dos veces ☐
- c) tres veces ☐
- d) ninguna ☐

12) Ha recibido alguna vez la enseñanza de una técnica de cepillado.

- a) sí. ☐
- b) no. ☐
- c) tal vez ☐

ANEXO N°3

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO VALIDADO POR CABELLOS ²

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a realizar una prueba piloto a 20 padres del Centro Ann Sullivan del Perú, se utilizó el coeficiente de confiabilidad Alpha de Combrach.

Cuya fórmula es:

$$a = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Dónde:

K: Numero de Ítems.

S_i²: Varianza muestral de cada ítem.

S_T²: Varianza del total de puntaje de los ítems.

	i 1	I 2	i 3	i 4	i 5	i 6	i 7	i 8	i 9	i 10	i 11	i 12	Total
1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
2	1	1	0	0	1	0	1	0	0	0	0	0	
3	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	
4	0	0	0	0	1	1	0	0	0	0	1	1	
5	1	0	1	1	1	0	1	1	1	1	1	1	
6	0	0	0	0	1	1	1	0	1	0	1	1	
7	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	1	1	
8	0	1	0	0	1	1	0	0	1	0	1	1	
9	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
10	0	1	1	0	0	1	1	1	1	1	0	1	
11	0	1	1	1	1	1	0	1	1	0	1	1	
12	0	1	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
13	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	
14	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	0	1	
15	0	1	1	1	1	1	1	1	0	1	1	1	
16	0	1	0	1	1	0	1	1	1	1	1	0	
17	0	1	1	1	1	1	1	1	0	0	1	1	
18	0	1	0	0	1	0	1	1	1	1	0	1	

19	0	1	1	1	0	1	1	0	0	1	1	1	
20	0	0	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
	6	13	13	14	16	16	17	15	14	14	16	18	
S ² _i	0.22	0.24	0.24	0.22	0.17	0.17	0.13	0.2	0.22	0.22	0.17	0.09	2.39
sT ²	9.68												

Reemplazando valores donde K= 12 y $\sum S_i^2 = 239$, $S_T^2 = 9.68$

$$a = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

$$a = \frac{12}{12-1} (1 - 0.968) = \frac{12}{13} (1 - 0.032) = 0.92(0.968) = 0.8935$$

La confiabilidad de la escala con el uso del coeficiente alfa de Combrach indico que produce datos consistentes internamente. La consistencia interna de la escala con 12 ítems fue alta (alfa= 0.8935).

VALIDEZ DE CONOCIMIENTO

Para la validez del instrumento se aplicó el coeficiente de correlación de Pearson a 20 padres del CASP.

$$R = \frac{\sum XY - \sum X \sum Y}{\sqrt{(N \sum X^2 - (\sum x)^2)(N \sum Y^2 - (\sum Y)^2)}}$$

	Ítem- Total Correlation (R)
Item1	0.21
Item2	9.29
Item3	0.71
Item4	0.17
Item5	0.53
Item6	0.16
Item7	0.22
Item8	0.08
Item9	0.26
Item10	0.32
Item11	0.64
Item12	0.50

Ítems con coeficiente de correlación $R > 0.20$ son aceptables.

Se observa que la validez de conocimiento se presenta en su totalidad, lo cual indica que los ítems y el instrumento están asociados y correlacionados, que nos permite obtener un instrumento con una buena validez de conocimiento.

VALIDEZ DE CONSTRUCTO

Se aplicó el método y análisis factorial para encontrar los factores que se agruparon en cada ítem del instrumento.

Pesos de los enunciados sobre los factores en la estructura del instrumento por cada ítem matriz de componentes rotadas según Varimax.

	Factor I	Factor II	Factor III	Factor IV
Nivel de Conocimiento sobre Elemento de Higiene bucal				
¿Cuáles considera Ud. Son elemento de higiene bucal?	0.92	0.07	-0.05	0.02
El diente es	0.59	0.40	0.00	0.05
¿Qué características debe tener un cepillo dental?	0.59	0.33	0.04	0.065
Nivel de conocimiento relacionado con hábitos de higiene bucal				
¿Principalmente cuando Ud. Cree que debe cepillarse los dientes?	0.01	0.59	0.23	0.26
¿Cuándo debería llevar a su hijo por primera vez al dentista?	0.13	0.53	-0.44	0.23
¿Cuántas veces se cepillar al día?	0.21	-0.59	-0.18	0.15
Nivel de conocimiento sobre patología bucal relacionada con higiene bucal				
La placa bacteriana es:	0.01	0.08	0.54	0.13
La enfermedad periodontal es:	0.06	-0.27	0.54	0.13
¿Qué es la caries?	0.32	0.37	0.56	0.45
Nivel de conocimiento sobre técnicas de higiene bucal				
¿Cada cuánto tiempo debería cambiar su cepillo dental?	0.01	0.08	0.01	0.98
¿Cuánto tiempo U. demora en cepillarse los dientes?	0.06	-0.27	0.06	0.98
Ha recibido alguna vez la enseñanza de una técnica de cepillado	0.32	0.37	0.32	0.87
Varianza explicada	0.5	0.69	0.89	0.97

Interpretación:

Se observa que existe cuatro factores que representan el 97% de la variación explicada conformándose en: nivel de conocimiento sobre elementos de higiene bucal; nivel de conocimiento relacionado con hábitos de higiene bucal; nivel de conocimiento sobre patología relacionado con higiene bucal y nivel de conocimiento sobre técnicas de higiene bucal, lo

cual nos permite establecer una estructura valida en la construcción del cuestionario.

VALIDEZ DE CRITERIO

Se consideró 5 expertos que se le entrego un cuestionario de 12 preguntas dividido en 4 segmentos, donde evaluaron el instrumento de la siguiente manera:

1. Conocimiento sobre elementos de higiene bucal.
2. Conocimiento relacionado con hábitos de higiene bucal.
3. Conocimiento sobre patología bucal relacionada con higiene bucal.
4. Conocimiento sobre técnicas de higiene bucal.

	Juez					
	1	2	3	4	5	p
1	1	0	1	1	1	0.018
2	1	1	1	0	1	0.018
3	1	1	1	1	1	0.018
4	0	1	1	1	1	0.018
Suma						0.25

Se ha considerado:

0: si la respuesta es negativa.

1: si la respuesta es positiva.

$$Q = \frac{Suma}{5} = \frac{0.25}{5} = 0.05$$

Si Q es menos que 0.50 es aceptable la validez de criterio.

Haciendo un análisis por pregunta a los jueces se observó que se encontró que el grado de concordancia es significativo en lo concerniente a los segmentos 1, 1, 3 y 4 puesto que ($p < 0.05$). El instrumento es válido según los jueces de expertos con un Q: 0.05 que es menor a 0.5. Es aceptable la validez de contenido para el presente instrumento.

ANEXO N°4

**TABLA N°5 FRECUENCIA SEGÚN EL NIVEL DE CONOCIMIENTO
SOBRE SALUD ORAL DE PADRES Y/O CUIDADORES EN UNA
CLÍNICA DE LAMBAYEQUE, 2014.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Bueno	2	2,9	2,9	2,9
	Malo	18	25,7	25,7	28,6
	Regular	50	71,4	71,4	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia, 2015

Los resultados obtenidos con el mayor porcentaje de nivel de conocimiento de salud oral fue regular con un 71,4%, seguido por un nivel de conocimiento de salud oral malo con un 25,7%. Finalmente se observó el menor porcentaje 2,9% con un nivel de conocimiento bueno.

**TABLA N°6 FRECUENCIA SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE
SALUD ORAL DE PADRES Y/O CUIDADORES DE NIÑOS CON
DISCAPACIDAD EN UNA CLINICA DE LAMBAYEQUE, 2014, SEGÚN
TIPO DE DISCAPACIDAD.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaj e válido	Porcentaje acumulado
Válidos	AUTISMO	16	22,9	22,9	22,9
	PCI	22	31,4	31,4	54,3
	RETARDO	16	22,9	22,9	77,1
	MENTAL				
	SINDROME DE DOWN	16	22,9	22,9	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia, 2015

Según la tabla, la discapacidad con mayor frecuencia es el PCI con un 31,4%.

TABLA N°7 FRECUENCIA SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL DE PADRES Y/O CUIDADORES DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD EN UNA CLINICA DE LAMBAYEQUE, 2014.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	CUIDADOR	3	4,3	4,3	4,3
	PADRE	67	95,7	95,7	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia, 2015

Según la tabla, el mayor número de frecuencia durante las encuestas es de padres de familia con un 95,7%, seguido por un 4,3% en cuidadores.

TABLA N°8 DE FRECUENCIA DE NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL DE PADRES Y/O CUIDADORES DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD EN UNA CLINICA DE LAMBAYEQUE, 2014, SEGÚN SEXO.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	FEMENINO	59	84,3	84,3	84,3
	MASCULINO	11	15,7	15,7	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia, 2015

Según la tabla, el mayor número de frecuencia es del sexo femenino con 84,3%, seguido por el sexo masculino con 15,7%.

**TABLA N°9 DE FRECUENCIA SEGÚN NIVEL DE CONOCIMIENTO
SOBRE SALUD ORAL DE PADRES Y/O CUIDADORES DE NIÑOS CON
DISCAPACIDAD EN UNA CLINICA DE LAMBAYEQUE, 2014, SEGÚN
EDAD.**

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	A	45	64,3	64,3	64,3
	B	23	32,9	32,9	97,1
	C	2	2,9	2,9	100,0
	Total	70	100,0	100,0	

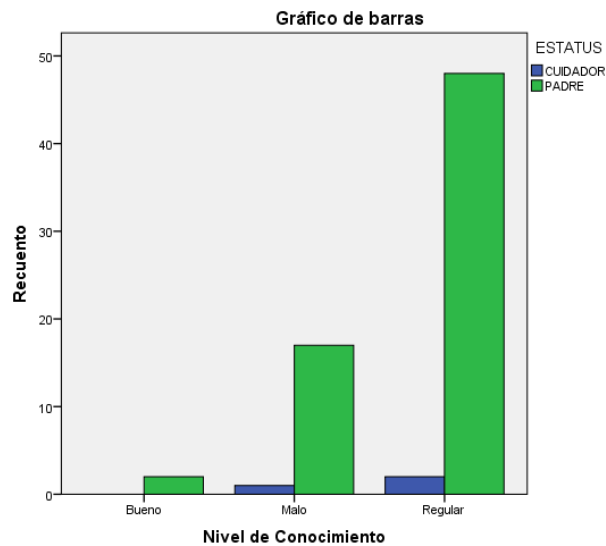
Fuente: Elaboración propia, 2015

Según la tabla, el mayor número de frecuencia se observa en el rango A con 64,3%, seguido por el rango B con un 32,9%. Por último el rango C con un 2,9%.

ANEXO N°5

Grafico n°1

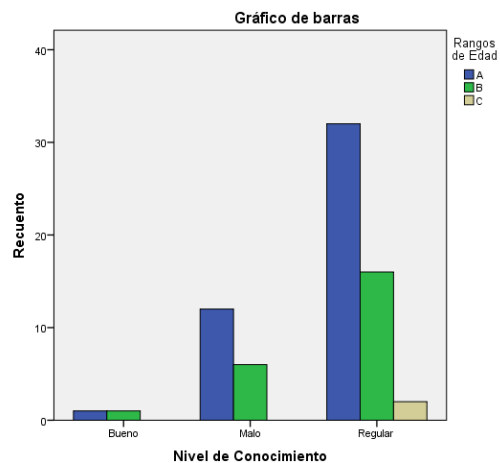
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL DE PADRES Y/O CUIDADORES EN UNA CLÍNICA DE LAMBAYEQUE, 2014, SEGÚN EL ESTATUS.



Fuente: Elaboración propia, 2015

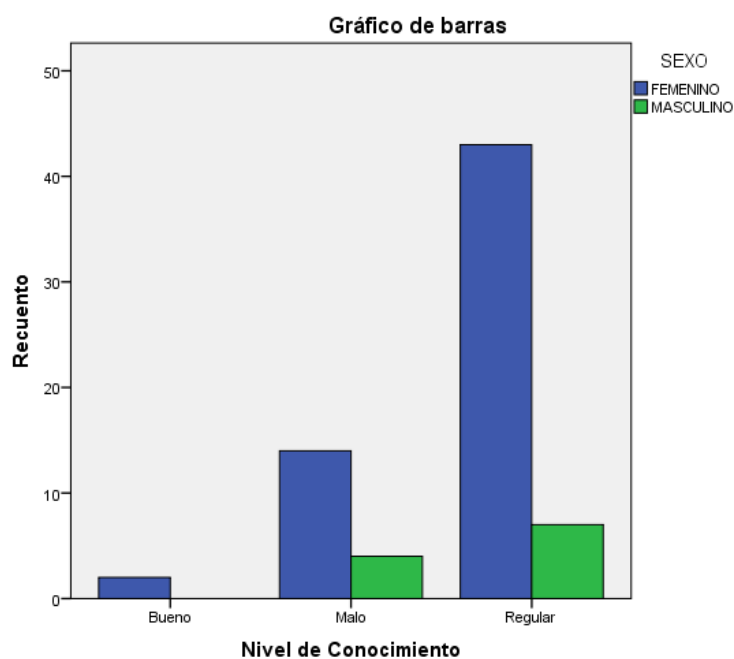
Grafico n°2

NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL DE PADRES Y/O CUIDADORES DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD EN UNA CLINICA DE LAMBAYEQUE, 2014, SEGÚN EDAD.



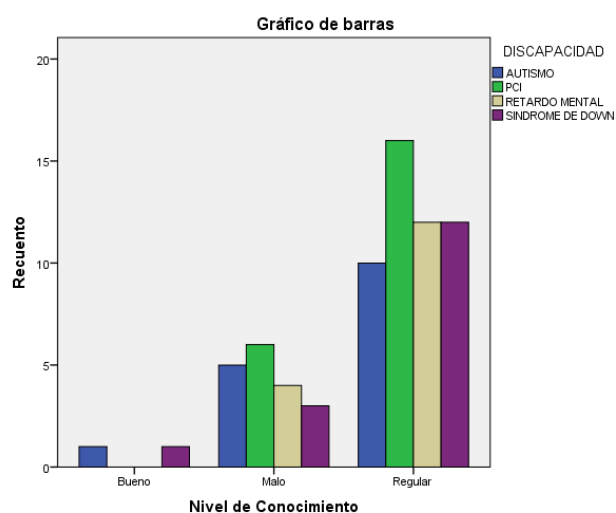
Fuente: Elaboración propia, 2015

Grafico n°3
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL DE PADRES Y/O
CUIDADORES DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD EN UNA CLINICA DE
LAMBAYEQUE, 2014, SEGÚN SEXO.



Fuente: Elaboración propia, 2015

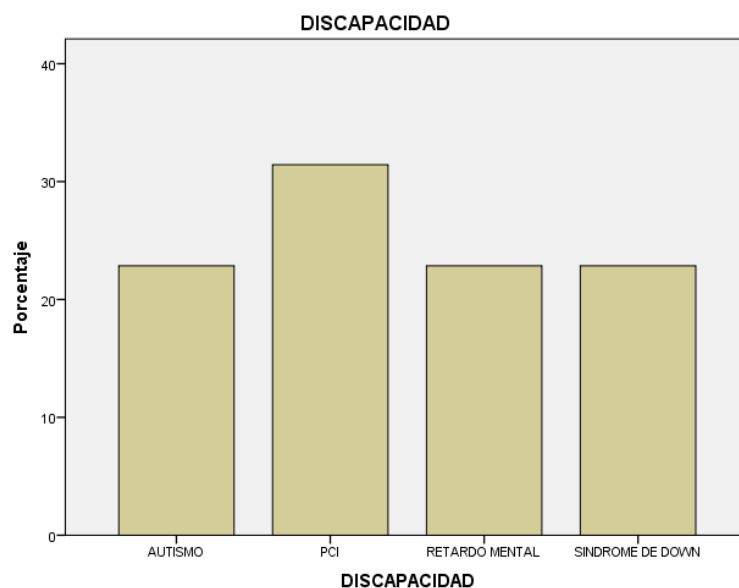
Grafico n°4
NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL DE PADRES Y/O
CUIDADORES DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD EN UNA CLINICA DE
LAMBAYEQUE, 2014, SEGÚN TIPO DE DISCAPACIDAD.



Fuente: Elaboración propia, 2015

Grafico n°5

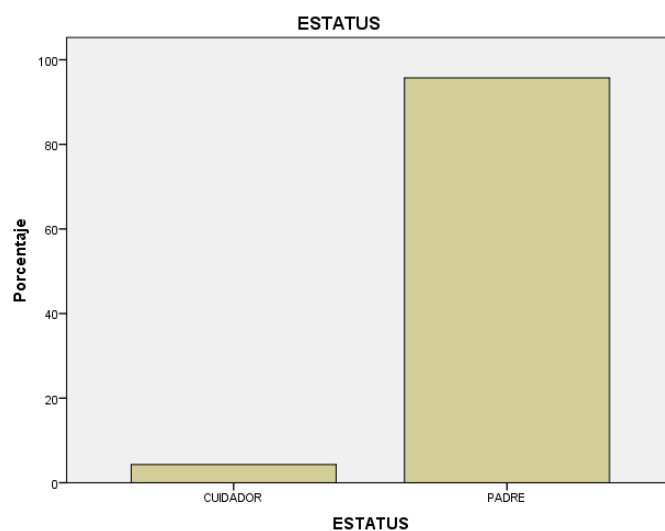
FRECUENCIA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL DE PADRES Y/O CUIDADORES DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD EN UNA CLINICA DE LAMBAYEQUE, 2014, SEGÚN LA DISCAPACIDAD.



Fuente: Elaboración propia, 2015

Gráfico n°6

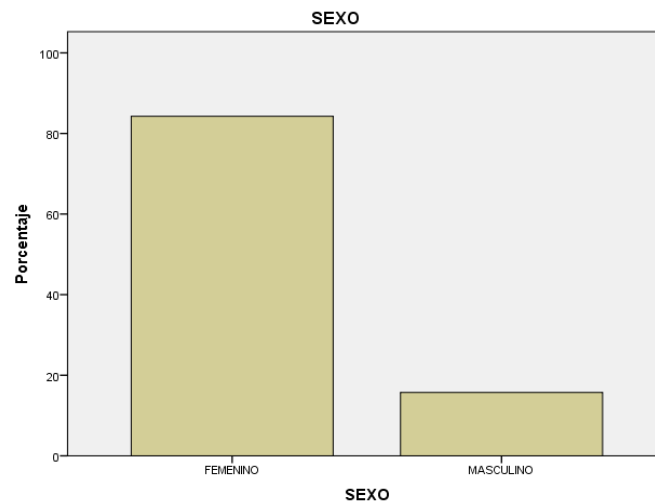
FRECUENCIA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL DE PADRES Y/O CUIDADORES EN UNA CLÍNICA DE LAMBAYEQUE, 2014, SEGÚN EL ESTATUS



Fuente: Elaboración propia, 2015

Gráfico n°7

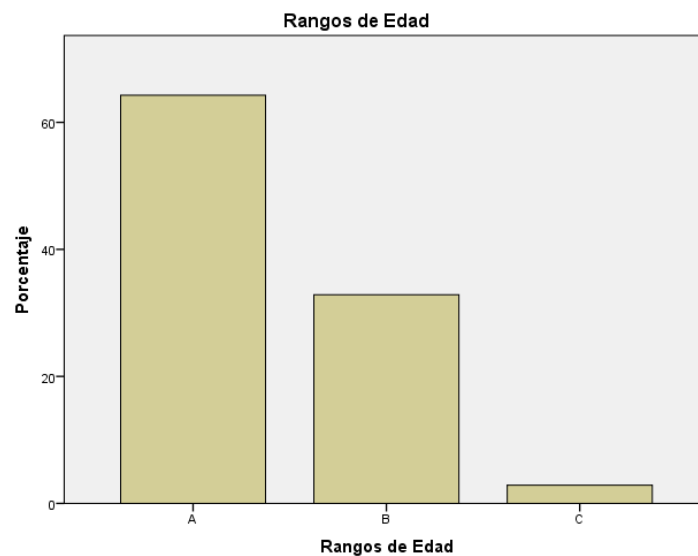
FRECUENCIA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL DE PADRES Y/O CUIDADORES DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD EN UNA CLINICA DE LAMBAYEQUE, 2014, SEGÚN SEXO.



Fuente: Elaboración propia, 2015

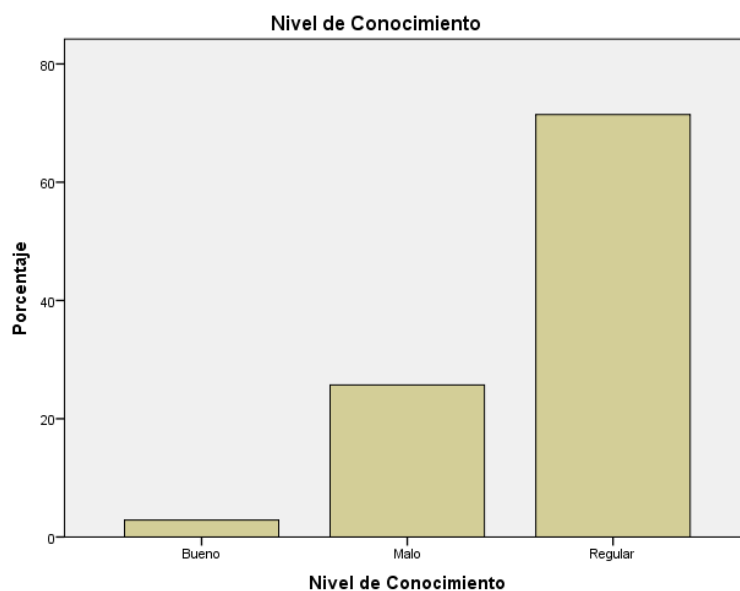
Gráfico n°8

FRECUENCIA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL DE PADRES Y/O CUIDADORES DE NIÑOS CON DISCAPACIDAD EN UNA CLINICA DE LAMBAYEQUE, 2014, SEGÚN EDAD.



Fuente: Elaboración propia, 2015

Gráfico n°9
FRECUENCIA DEL NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE SALUD ORAL DE
PADRES Y/O CUIDADORES EN UNA CLÍNICA DE LAMBAYEQUE, 2014,



Fuente: Elaboración propia, 2015